

オンライン_セカンドオピニオン委任状

神奈川県立循環器呼吸器病センター所長 様

(相談者) 住所

氏名 印

続柄

私の病状について貴病院のオンライン_セカンドオピニオンを受ける意思がありますが、当日対応が出来ないため、上記の者にその相談及び聞き取りなどのすべてを委任します。また、相談内容などについて現主治医に報告することに同意します。

年 月 日

(患者) 住所

氏名 印